



Sygn. akt III CSK 141/06

**WYROK**  
**W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 13 października 2006 r.

Sąd Najwyższy w składzie :

SSN Barbara Myszka (przewodniczący)

SSN Mirosław Bączyk (sprawozdawca)

SSN Irena Gromska-Szuster

Protokolant Bożena Nowicka

w sprawie z powództwa Specjalistycznego Szpitala w T.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia

o zapłatę,

po rozpoznaniu w Izbie Cywilnej w dniu 13 października 2006 r.,

na rozprawie

skargi kasacyjnej strony powodowej od wyroku Sądu Apelacyjnego

z dnia 8 września 2005 r., sygn. akt [...],

- 1. Uchyła zaskarżony wyrok i oddala apelację pozwanego od wyroku Sądu Okręgowego w K. z dnia 14 grudnia 2004 r;**
- 2. Zasądza od pozwanego na rzecz powoda 4 500 (cztery tysiące pięćset) zł tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego i kasacyjnego.**

## Uzasadnienie

Sąd Okręgowy uwzględnił powództwo Specjalistycznego Szpitala w T., w zakresie w którym domagał się on zasądzenia od Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) kwoty 172.565 zł z odsetkami od dnia 31 marca 2004 r. w związku z wykonaniem świadczeń zdrowotnych na rzecz ubezpieczonych w zakresie leczenia zamkniętego. Zasadnicze elementy stanu faktycznego przedstawiały się następująco.

Strony łączyła umowa z dnia 29 grudnia 1999 r. o udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz ubezpieczonych. Wartość, ilość oraz rodzaje świadczeń ustalone zostały na rok 2003 na podstawie aneksu z dnia 19 grudnia 2002 r. oraz w załączniku do umowy. W ujęciu wartościowym Szpital wykonał mniej świadczeń, niż ustalono to w umowie (o kwotę 267.050 zł, na oddziałach kardiologicznym i wewnętrznym). Przekroczony został natomiast limit świadczeń na innych oddziałach (ginekologiczno-położniczym, dziecięcym i obserwacyjno-zakazanym o kwotę 172.565 zł, dochodzoną pozwem). Wszystkie świadczenia ponadlimitowe wykonane zostały w ilościach, w których Szpital nie mógł odmówić ich udzielenia, przy czym wartość tych świadczeń nie przekraczała ogólnej sumy ustalonej przez strony w zakresie ogółu świadczeń zdrowotnych na rok 2003. NFZ odmówił zapłaty za świadczenia wykonane ponad limit, powołał się na treść wiążącej strony umowy i podnosił, że umowa ta została całkowicie wykonana przez pozwaną Fundusz.

W ocenie Sądu Okręgowego, powództwo okazało się uzasadnione, ponieważ wartość wykonanych, tzw. ponadlimitowych świadczeń, nie przekroczyła ogólnej puli ustalonej w umowie stron na rok 2003. Odmawiając zapłaty za świadczenia ponadlimitowe, pozwany nie dochował kontraktowego obowiązku współdziałania w zakresie wykonywania zobowiązania umownego.

Apelacja strony pozwanej została uwzględniona i Sąd Apelacyjny zmienił zaskarżony wyrok, oddalając powództwo. Sąd Apelacyjny podzielił ustalenia Sądu pierwszej instancji. Strony były związane umową i związane to dotyczy wszystkich uzgodnionych, przewidzianych w umowie świadczeń medycznych (pod względem ilości, rodzajów i ich wartości). Umowy ze świadczeniodawcami były zawierane w końcu roku poprzedzającego okres wykonywania umowy, ilość i rodzaje

świadczeń określono na podstawie pewnej prognozy, która z natury rzeczy nie odzwierciedlała zakresu zobowiązań Szpitala wykonującego świadczenia. Dlatego strony umowy przewidywały możliwość zmiany umowy w drodze negocjacji, modyfikujących pierwotne ustalenia, co do zakresu zobowiązań, w szczególności tych, które obciążały NFZ. Zmiany te jednak mogły nastąpić tylko przy spełnianiu szczegółowo określonych warunków przewidzianych w § 15 umowy. Nie przewidywały one możliwości korekty umowy, w następstwie której dochodziłoby do przeniesienia funduszy z jednej pozycji na inną, tj. z pozycji dotyczącej świadczeń nie wykonanych w uzgodnionej ilości na inną, obejmującą tzw. nadwykonania w zakresie innej kategorii świadczeń. W rezultacie Sąd Apelacyjny, powołując się na orzeczenia Sądu Najwyższego, przyjął, że świadczenia medyczne wykonane ponad ilość wskazaną w umowie, mieszczące się pod względem wartościowym w ogólnej kwocie ustalonej w umowie i nie wykraczające poza górną granicę zobowiązania NFZ, należy traktować jako tzw. świadczenia ponadlimitowe.

W skardze kasacyjnej powoda podniesiono zarzut naruszenia art. 65 k.c., art. 354 § 2 i art. 355 k.c., art. 53 ust. 4 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. z 1997 r., nr 28, poz. 153 ze zm. cyt. dalej jako ustawa o p.u.z. oraz art. 73 ust. 3 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ, Dz. U. z 2003 r., nr 45, poz. 391 ze zm.) oraz § 15 umowy stron z dnia 29 grudnia 1999 r. o udzielenie świadczeń zdrowotnych. Skarżący domagał się uchylenia zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy Sądowi drugiej instancji do ponownego rozpoznania, ewentualnie - uchylenia zaskarżonego wyroku w całości i orzeczenia co do istoty sprawy stosownie do art. 398<sup>16</sup> k.p.c.

Powołując się na orzecznictwo Sądu Najwyższego, Prokurator Generalny wyraził w piśmie z dnia 25 lipca 2006 r. stanowisko, w którym skargę kasacyjną uznał za uzasadnioną.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

1. Oba sądy ustaliły, że wszystkie wskazane przez powoda świadczenia ponad limit, dokonane na kilku oddziałach w systemie lecznictwa zamkniętego, podjęte zostały w okolicznościach, w których Szpital nie mógł odmówić ich

udzielenia. Nie były to jednak świadczenia, których dokonanie podyktowane byłoby potrzebą ratowania życia lub zdrowia ubezpieczonych, tj. w warunkach określonych w art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. Nr 91, poz. 408, ze zm.) i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (j.t. Dz. U. z 2002 r., Nr 21, poz. 204, ze zm.). Zgodnie z ukształtowanym już orzecznictwem Sądu Najwyższego, we wskazanych sytuacjach wspomniane przepisy nakładają na lekarzy i zakłady opieki zdrowotnej bezwzględny obowiązek udzielenia pomocy medycznej (por. np. ostatnio uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 10 maja 2006 r., III CSK 63/05, niepubl.).

Wprawdzie z uzasadnienia skargi kasacyjnej wynika to, że zgłoszona w pozwie kwota 172 565 zł obejmuje szkodę wyrządzoną powodowi przez pozwanego „w wyniku zawinionego działania pozwanego” (s. 9 skargi), to jednak wskazane podstawy skargi kasacyjnej i sposób ich motywacji prawnej świadczyć może o tym, iż powodowy szpital popiera w istocie roszczenie o wykonanie umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych z dnia 29 grudnia 1999 r. z późniejszymi jej modyfikacjami. Tak też oba orzekające Sądy kwalifikowały zgłoszone roszczenie powoda.

2. W orzecznictwie Sądu Najwyższego w zasadzie konsekwentnie przypisuje się brak podstaw do obrony stanowiska, zgodnie z którym samo medyczne uzasadnienie dla wykonywania świadczeń medycznych tworzy wprost dla NFZ (organizatora opieki zdrowotnej) obowiązek zapłaty świadczeniodawcy ponad maksymalną kwotę zobowiązania określonego w umowie o udzielenie świadczeń medycznych (art. 53 art. 4 pkt 4 ustawy o p.u.z; por. np. uzasadnione wyroku Sądu Najwyższego z dnia 9 czerwca 2005 r., III CK 626/04, OSN 2006, z. 5, poz. 89; uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 10 maja 2006 r., III CSK 53/05, nieopubl.). Różnica stanowisk zarysowała się w odniesieniu do konsekwencji prawnych wskazania we wspomnianej umowie ilości określonych rodzajów świadczeń (art. 53 art. 4 pkt 1 ustawy o p.u.z.). Prezentowane jest stanowisko, zgodnie z którym strony umowy o udzielenie świadczeń medycznych (Szpital i NFZ) są związane zarówno kwotą maksymalną świadczeń objętych umową i przewidzianych dla oznaczonego okresu świadczeń, jak i ilością określonych w tej

umowie świadczeń (por. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 sierpnia 2003 r., IV CKN 391/04, nie opublik.; wyrok z dnia 10 marca 2005 r. I CK 578/04, nie opublik.; wyrok z dnia 4 marca 2005 r., III CK 397/04, nie opublik.; wyrok z dnia 7 października 2004 r., IV CK 73/04, nie opubl.). Pojawiło się też odmienne stanowisko, zgodnie z którym przekroczenie przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej liczby świadczeń jednego rodzaju, a wykonanie innych świadczeń w mniejszym wymiarze niż przewidziany w umowie, nie uzasadnia odmowy zapłaty przez organizatora opieki zdrowotnej, jeżeli łączna kwota wartości wykonanych świadczeń nie przekracza kwoty maksymalnej (zob. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 czerwca 2005 r., III CK 626/04, OSN 2006, z. 5, poz. 89; wyrok z dnia 13 maja 2005 r., I CK 691/04, nieopubl.).

3. W przepisach ustawy o p.u.z., regulujących zasadnicze postanowienia umowy o udzielenie świadczeń medycznych nie przewidziano wprost możliwości zastępowania świadczeń nieznajdujących zapotrzebowania innymi świadczeniami w ramach określonej w umowie sumy maksymalnej (art. 53 ust. 4 ustawy o p.u.z.). Jeżeli takiej możliwości nie przewidziano ponadto w umowie o udzielenie świadczeń medycznych, nie znaczy to jednak, że możliwość „przesunięcia” funduszy na inne wykonane świadczenia medyczne byłaby wykluczona jako sprzeczna z zasadniczym elementem umowy przewidzianym w art. 53 art. 4 pkt 1 ustawy o p.u.z. (konieczność określenia w umowie „rodzaju i zakresu udzielanych świadczeń”). Podobną myśl wyrażono także w uzasadnieniu wyroku Sądu Najwyższego z dnia 5 sierpnia 2004 r., III CK 365/03. Pojawia się zatem kwestia interpretacji znaczenia postanowień umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych określonych w art. 53 art. 4 pkt 1 i pkt 4 ustawy o p.u.z.

Trafnie eksponuje się w skardze kasacyjnej to, że u podstaw określenia limitów w zakresie poszczególnych kategorii (rodzajów) świadczeń zdrowotnych w chwili zawierania umów istnieje tylko stan odpowiedniej prognozy zapotrzebowania na świadczenia medyczne, które są potem odpowiednio weryfikowane w trakcie wykonywania umowy przez szpital w odpowiednim sprawozdaniu z wykonania świadczeń. Nie ma wątpliwości co do tego, że w umowie o udzielenie świadczeń zdrowotnych szpitalom pozostawiono jednak możliwość ostatecznego decydowania o potrzebie dokonania świadczeń

medycznych w określonych wypadkach, ponieważ organizatorska rola NFZ nie obejmuje - zgodnie z postanowieniami umowy - tego zakresu merytorycznego funkcjonowania z.o.z. W orzecznictwie trafnie zauważono to, że o potrzebie udzielenia świadczeń medycznych decyduje zawsze z.o.z. także wówczas, gdy przekroczono już limity na dany rodzaj świadczeń medycznych (uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 13 maja 2005 r. I CK 691/04 nie opublik.). Można zatem przyjąć, że określony pierwotnie, w umowie limit oznaczonego rodzaju świadczeń nie określa jeszcze w sposób definitywny zakres obowiązku zapłaty NFZ, a określenie takie nastąpi dopiero po weryfikacji dokonanej prognozy i wykazaniu rzeczywistej potrzeby udzielenia świadczeń określonego rodzaju dla danej populacji ubezpieczonych. Nie chodzi tu o element dowolności świadczeniodawcy w zakresie wyboru świadczeń określonej kategorii, ale o świadczenie w pełni uzasadnione z medycznego punktu widzenia (element obiektywizacji tych świadczeń). Ustalony zatem w chwili zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych parametr określający zakres obowiązku zapłaty przez NFZ w postaci „rodzaju i zakresu udzielanych świadczeń” (art. 53 ust. 4 pkt 1 ustawy o p.u.z.; tzw. parametr przedmiotowy) może być więc definitywnie określony dopiero w toku wykonania świadczeń medycznych przez świadczeniodawcę. Chodzi bowiem o osiągnięcie ogólnego społecznego celu omawianej umowy (art. 354 § 1 k.c.) w postaci zaspokojenia uzasadnionych potrzeb medycznych wskazanej w umowie grupy osób ubezpieczonych. Cel ten nie może być bowiem rozumiany tylko z punktu widzenia postanowień zawartej umowy, tj. jako konieczność wykonania wszystkich jej postanowień, włącznie z postanowieniem przewidującym „rodzaj i zakres udzielanych świadczeń” (art. 53 ust. 4 pkt 1 ustawy o p.u.z.).

Inne z pewnością jest znaczenie w umowie o udzielenie świadczeń zdrowotnych postanowienia określającego „maksymalną kwotę zobowiązania kasy chorych wobec świadczeniodawcy” (art. 53 ust. 4 pkt 4 ustawy o p.u.z.). Wskazanie w umowie takiej kwoty maksymalnej, będącej rezultatem prognozowania wydatków na wszystkie rodzaje przewidzianych w umowie świadczeń medycznych, oznacza maksymalne, umowne określenie pułapu odpowiedzialności cywilnej NFZ (obowiązku zapłaty). Pułap ten może zostać przekroczony tylko w sytuacjach

szczególnych, a mianowicie – jak już wspomniano wcześniej – w razie nałożenia na z.o.z. i personel medyczny obowiązku udzielenia świadczeń medycznych (art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry). Oznacza to, że przekroczenie przez publiczny zakład opieki zdrowotnej liczby świadczeń jednej kategorii rodzaju – w rozumieniu art. 53 ust. 4 pkt 1 ustawy o p.u.z.), a wykonanie innych świadczeń zdrowotnych w mniejszym rozmiarze niż określony w umowie, nie staje się dostateczną podstawą do odmowy przez NFZ zapłaty za świadczenia wykonane w większym rozmiarze niż pierwotnie prognozowano w umowie. Łączna wartość wszystkich wykonanych świadczeń nie może jednak przekraczać kwoty maksymalnej wskazanej w umowie (art. 53 ust. 4 pkt 4 ustawy o p.u.z.). Ze wskazanych wcześniej względów zakresu obowiązku zapłaty, obciążającej NFZ na podstawie umowy, nie może definitywnie przesądzać określony w umowie ilościowy limit świadczeń danego rodzaju, jeżeli w umowie o udzielanie świadczeń zdrowotnych inaczej nie postanowiono.

W tej sytuacji nie sposób podzielić stanowiska Sądu Apelacyjnego, zgodnie z którym świadczenia medyczne, mieszczące się nawet w ujęciu wartościowym w ogólnej sumie maksymalnej i nie wykraczające poza górną granicę zobowiązania Funduszu, należy traktować jako świadczenia „ponadlimitowe” (s. 7 uzasadnienia zaskarżonego wyroku). Taka interpretacja umowy o udzielenia świadczeń zdrowotnych z dnia 29 grudnia 1999 r. prowadzi do tego, że uzasadniony okazał się zarzut naruszenia art. 53 ust. 4 pkt 1 ustawy o p.u.z. w zw. z art. 65 k.c. Należało zatem zaskarżony wyrok uchylić i oddalić apelację pozwanego od wyroku Sądu Okręgowego w K. z dnia 14 grudnia 2004 r. (art. 398<sup>16</sup> k.p.c.). O kosztach postępowania apelacyjnego i kasacyjnego orzeczono stosownie do art. 98 k.p.c. i art. 108 k.p.c.